

Garbatka-Letnisko, dnia

.....
(pieczęć oferenta)

Formularz Oferty – dane rejestrowe

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

Wykonanie w 2017 r. gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”

Nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

.....
.....
.....

Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....
.....

Adres siedziby oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

.....
.....

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji

.....
.....

Imię i nazwisko głównego księgowego lub osoby upoważnionej do prowadzenia rozliczenia finansowego

.....
.....

NIP : REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:

.....
.....

Adres miejsca (gabinetu), w którym będzie realizowany Program:

.....
.....

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

WÓJT

mgr Robert Kowalczyk

.....
(pieczęć oferenta) Garbatka-Letnisko, dnia.....

Formularz Oferty -oświadczenia oferenta

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

wykonanie w 2017 r. gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych w tym warunkami umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012, poz. 739).
3. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

Lp.	Imię i Nazwisko, tytuł zawodowy	Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, data zatrudnienia u oferenta)
-----	---------------------------------	---

1		
2		

4. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi konieczne określone w pkt. 2 szczegółowych warunków konkursu.

5. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną (nazwa, wiek): (Uwaga: wypełniać tylko w przypadku konieczności stosowania w programie sprzętu specjalistycznego w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”).

.....
.....

6. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

1. Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ubiegającego się o realizację programu (oferenta),
2. Kopię statutu podmiotu leczniczego (oferenta),
3. Kopię zaświadczenia o nr NIP oferenta,
4. Kopię zaświadczenie o nr REGON oferenta,
5. Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu leczniczego (oferenta) i sygnowane jego podpisem oraz pieczęcią.

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w oświadczeniu oferenta dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

WOJTA
mgr Robert Kowalczyk

.....
(Pieczętka nagłówkowa Oferenta)

Garbatka-Letnisko, dnia..... r.

Formularz Oferty – harmonogram i kosztorys

Nazwa programu, na który składana jest oferta:

wykonanie gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 r.ż. w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej”

Miejsce realizacji Programu (nazwa Przyjmującego zamówienie i dokładny adres gabinetu, w którym realizowany będzie Program):.....

Opis Programu: 1. Realizacja Programu polegać będzie na:

- 1) przeprowadzeniu kampanii informacyjno – edukacyjnej obejmującej rozpowszechnienie informacji o Programie na terenie Gminy (ulotki, plakaty),
- 2) uzyskaniu pisemnej zgody od rodzica/opiekuna prawnego dziecka na wykonanie szczepienia według formularza stanowiącego załącznik do umowy,
- 3) przekazywaniu we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom Programu, informacji o miejscu realizacji Programu w lokalnych środkach masowego przekazu oraz w inny sposób zwyczajowo przyjęty na terenie, w którym Program jest realizowany;
- 4) przyjmowaniu zgłoszeń informowania o terminach szczepienia i rejestracji pacjentów we własnym zakresie,
- 5) zakupie szczepionek trzynastowalentnych (Prevenar 13) oraz zakup materiałów niezbędnych do realizacji zadania,
- 6) przeprowadzeniu badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia
- 7) wykonaniu szczepień szczepionkami trzynastowalentnymi (Prevenar 13) u ok.85 dzieci wg schematu : dwie dawki w pierwszym roku życia oraz trzecia dawka przypominająca,
- 8) prowadzeniu ewidencji osób zaszczepionych w ramach programu,
- 9) umieszczeniu w widocznym miejscu informacji o dofinansowaniu Programu ze środków budżetowych Gminy Garbatka-Letnisko oraz informowania zainteresowanych Programem przedstawicieli środków masowego przekazu o udziale Gminy Garbatka-Letnisko w jego realizacji,
- 10) sporządzeniu i przedłożeniu przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy dokumentacji sprawozdawczej z realizacji Programu w formie pisemnej,
- 11) prowadzeniu dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- 12) prowadzeniu stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie;
- 13) zapewnieniu wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych Programem (Ankieta dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości udzielonych świadczeń stanowi załącznik do umowy).

2. Podmiot realizujący program zobowiązany jest zapewnić wszystkie materiały medyczne niezbędne do wykonania badań.
3. Badania i szczepienia winny być wykonane przez personel medyczny o potwierdzonych kwalifikacjach. Oferent zobowiązany jest wykonać całość zamówienia we własnym zakresie i realizować Program w placówce służby zdrowia na terenie Gminy Garbatka-Letnisko.
4. Populacja objęta Programem.

Osobami uprawnionymi do bezpłatnych szczepień w ramach programu są dzieci do 2 roku życia urodzone w latach 2015, 2016 zameldowane na terenie Gminy Garbatka-Letnisko.

Z programu wyłączone będą grupy dzieci, których szczepienia finansowane są ze środków publicznych Ministerstwa Zdrowia bądź zaszczepione wcześniej indywidualnie przez rodziców. Kwalifikacji do programu będą dokonywali pracownicy opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę powyższe kryteria.

Czas realizacji Programu:

od dnia do dnia 15 grudnia 2017 r.

Telefoniczna rejestracja i informacja pacjentów:

Nr tel. 48 w godz. od do

Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:

Pacjenci będą przyjmowani od do w godz. od do

Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:
(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

.....
.....

Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie (nr telefonu, e mail):

.....
.....

Kalkulacja kosztów

A	Łączna liczba szczepień, którą oferent może wykonać w ramach programu	85 x 3 dawki = 255
B	Koszt realizacji Programu za jedną dawkę szczepionki pokrywany przez Udzielającego zamówienie	
C	Kwota, która jest pobierana przez Przyjmującego zamówienie od uczestnika Programu podlegającego szczepieniu za jedną dawkę szczepionki	50 zł
D	Proponowany łączny koszt realizacji Programu (suma B i C) pomnożona przez A	
E	Koszt realizacji Programu pokrywany przez Udzielającego zamówienie (iloczyn A i B)	

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)

WÓJT
mgr Robert Kowalczyk